



WELL CHILD EXAM - EARLY
CHILDHOOD 18 MONTHS
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

유년기 초기 (18개월)

아동의 이름 이름이 없는 아동의 경우 가족 이름	아동의 이름	아기를 데리고 온 사람	생년월일
	알레르기 문제	현재 복용하고 있는 약물	
	지난 방문 이후의 질병/사고/문제/염려사항 등		오늘 질문한 사항:
	예 아니오 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 스스로 식사를 합니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 스스로 20개 낱말을 말할 수 있습니다.		

WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	HEAD CIR. PERCENTILE	Diet _____
<input type="checkbox"/> Review of systems <input type="checkbox"/> Review of family history			Elimination _____
Screening: N A			Sleep _____
Hearing <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____			<input type="checkbox"/> Review Immunization Record <input type="checkbox"/> Lead Exposure
Vision <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____			<input type="checkbox"/> Fluoride Supplements <input type="checkbox"/> Fluoride Varnish
Development: Circle area of concern			<input type="checkbox"/> Hct/Hgb _____ <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> Dental Referral
Adaptive/Cognitive Language/Communication			Health Education: (Check all discussed/handouts given)
Gross Motor Social/Emotional Fine Motor			<input type="checkbox"/> Nutrition/Feeding <input type="checkbox"/> Toilet Training <input type="checkbox"/> Safety
Behavior <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____			<input type="checkbox"/> Development <input type="checkbox"/> Car Seat or Booster Seat <input type="checkbox"/> Teeth Care
Mental Health <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____			<input type="checkbox"/> Passive Smoking <input type="checkbox"/> Discipline/Limits <input type="checkbox"/> Child Care
Physical: N A			<input type="checkbox"/> Bedtime Routine
General appearance <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Chest N A			<input type="checkbox"/> Other: _____
Skin <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lungs <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Assessment/Plan: _____
Head <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cardiovascular/Pulses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			_____
Eyes Cover/Uncover <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			_____
Ears <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Genitalia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			_____
Nose <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Spine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			_____
Oropharynx/Teeth <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Extremities <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			_____
Neck <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Neurologic <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			_____
Nodes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gait <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			_____
Describe abnormal findings and comments.			_____
_____			_____
_____			_____
_____			_____
_____			IMMUNIZATIONS GIVEN
_____			REFERRALS
NEXT VISIT: 2 YEARS OF AGE			HEALTH PROVIDER NAME
HEALTH PROVIDER SIGNATURE			HEALTH PROVIDER ADDRESS

DSHS 13-684 KO (REV. 08/2004)

☐ SEE DICTATION

DISTRIBUTION: White - Physician Yellow - Parent/Guardian

EARLY CHILDHOOD: 18 MONTHS

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Early Childhood (18 months)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Fluoride Screen

Fluoride supplements should be considered for all children drinking fluoride deficient (<0.6 ppm F) water. Before supplements are prescribed, it is essential to know the fluoride concentration of the patient's drinking water. Once the fluoride level of the water supply has been evaluated, either through contacting the public health officials or water analysis, as well as evaluating other sources of fluoride, the daily dosage schedule can be recommended. Pediatric Dentistry: Reference Manual 1999--00.(21)5.

Tuberculosis Screen

Screen for these risk factors:

- Members of household with tuberculosis or in close contact with those who have the disease.
- Close contact with recent immigrants or refugees from countries in which tuberculosis is common (e.g., Asia, Africa, Central and South America, Pacific Islands); migrant workers; residents of correctional institutions or homeless shelters or persons with certain underlying medical disorders.

Hepatitis B Vaccine

- For children and adolescents not vaccinated against hepatitis B in infancy, begin the hepatitis B vaccine series during any childhood visit. Give the second dose at least one month after the first dose and give the third dose at least four months after the first dose and at least two months after the second dose.

Developmental Milestones

Always ask about and follow-up on parent concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or use the Ages and Stages Questionnaire, the Denver II, the ELMS2 (a language screen), or the MacArthur Communication Development Inventory.

Yes No

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Walks backward.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Points to 2 body parts ("show me your nose, eyes," etc.). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Drinks from a cup. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Imitates household chores such as sweeping.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Uses 20 words.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Understands the meaning of "Get up " or "Sit down." |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stacks 2 blocks. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Scribbles.</u> |

- Avoids eye contact.
 - Persistent rocking, hand flapping, head banging or toe walking.
 - No single word by 16 months.

Instructions for developmental milestones: At least 90% of children should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on any two items or *even one* of the underlined items, or any of the **boxed items** (abnormal behavior at this age), refer the child for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies (1-800-322-2588) with questions or concerns on childhood development.**



건강진단 - 유년기 초기 (18개월)
WELL CHILD EXAM - EARLY CHILDHOOD 18 MONTHS
(EPSDT 지침 준수)

날짜

유년기 초기 (18개월)

아동에 대해 부모가 작성함	아동의 이름		아기를 데리고 온 사람		생년월일
	알레르기 문제			현재 복용하고 있는 약물	
	지난 방문 이후의 질병/사고/문제/염려사항 등				오늘 질문한 사항:
	<p>예 아니오 예 아니오</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 스스로 식사를 합니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> "바이 바이"하면서 손을 흔들립니다.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 20개 낱말을 말할 수 있습니다 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 간단한 지시사항을 따라할 수 있습니다.</p>				
체중 KG./OZ. 백분율		신장 CM/IN. 백분율		두상둘레 백분율	
<p><input type="checkbox"/> 신체검사 <input type="checkbox"/> 가족병력검토</p> <p>검사항목: 정상 비정상</p> <p>청력검사 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____</p> <p>시력검사 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____</p> <p>발달 사항: 염려하는 부문에 동그라미로 표시하십시오.</p> <p>적응력/인식력 언어능력/의사소통</p> <p>대 운동근육(신경) 사회적/정서적 사항 소 운동근육(신경)</p> <p>행동사항 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____</p> <p>정신건강 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____</p> <p>신체: 정상 비정상 정상 비정상</p> <p>외모 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 흉부 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>피부 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 폐 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>머리 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 심장혈관/맥박 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>눈을 가림/가리지 않음 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 복부 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>귀 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 생식기 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>코 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 척추 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>구강인두/치아 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 수족(손발) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>목 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 신경 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>결절 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 걸음걸이 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>이상 건강에 대한 설명이나 의견:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>					
<p>식사 _____</p> <p>배설(대/소변) _____</p> <p>수면 _____</p> <p><input type="checkbox"/> 예방접종 기록 검토 <input type="checkbox"/> 남성분 노출</p> <p><input type="checkbox"/> 불소보충 <input type="checkbox"/> 불소치리</p> <p><input type="checkbox"/> Hct/Hgb (헤마토크리트/헤모글로빈) <input type="checkbox"/> TB(결핵) <input type="checkbox"/> 치과의뢰</p> <p>보건교육: (의논을 하였거나/제공된 모든 인쇄물에 체크)</p> <p><input type="checkbox"/> 영양/급식 <input type="checkbox"/> 배설훈련 (대소변가리기) <input type="checkbox"/> 안전</p> <p><input type="checkbox"/> 발육(발달)상태 <input type="checkbox"/> 카시트 혹은 부스터 시트 <input type="checkbox"/> 치아관리</p> <p><input type="checkbox"/> 간접흡연 <input type="checkbox"/> 징계/제약 <input type="checkbox"/> 탁아소</p> <p><input type="checkbox"/> 잠자리 습관</p> <p><input type="checkbox"/> 기타: _____</p> <p>평가/계획: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>					
<p>다음 방문: 2세</p>					
진찰자 서명			진찰자 성명		
			진찰자(진료원) 주소		

18개월 아동의 건강

성장 과도기

18개월에서 24개월 사이의 아이 발육 범위들

최소한 한 두 낱말로 말합니다.

5 혹은 6 개씩 블록을 쌓습니다.

공을 차고 던집니다.

컵, 스푼, 포크를 사용할 줄 압니다.

두 단계의 지시사항을 따라 합니다.

크레용으로 직선으로 또는 원을 그리려고 합니다.

아이가 새로운 기술을 배우는 데 도움이 되도록 아이와 대화하고 놀아줍니다.

도움이나 상세한 정보를 원할 때

아동의 건강과 발달, 예방접종:

Healthy Mothers, Healthy Babies 정보와 의뢰기관 전화번호, 1-800-322-2588 (음성) 혹은 1-800-833-6388 (TTY 자막)

카-시트에 관한 문의사항: Safety Restraint Coalition, 1-800-BUCK-L-UP.

양육기술과 지원 정보: 가족 헬프 전화번호, 1-800-932-HOPE (4673) Family Resources Northwest, 1-888-746-9568 지역 커뮤니티 칼리지 강좌

건강정보

자녀가 자라감에 따라 차후 건강진단 시기는 점차 간격적으로 있게 됩니다. 언제 건강진단을 하는 것이 가장 좋은지 의사나 간호원에게 문의하십시오. 진단일이 아니더라도 언제든지 염려사항이 있으면 의사나 간호원에게 전화하여 문의하십시오.

자녀에게 필요한 예방접종을 다 하였는지 확인합니다. 그렇지 못하였다면 즉시 예약하여 예방접종을 하도록 하십시오. 심각한 질병으로부터 최상의 보호를 받으려면 예방접종을 모두 갖출 필요가 있습니다.

자녀의 식욕이 이전에 비해 다소 떨어질 수도 있습니다. 다양한 건강식품을 주고 식사 양은 자녀가 정하도록 하십시오. 그릇에 담긴 음식을 전부 다 먹어야 된다고 강요해서는 안 됩니다.

하루에 밀크, 요구르트 2컵, 치즈 3조각 정도이면 충분합니다. 저지방 음식은 2살무렵까지 삼가하십시오.

양육 정보

아이마다 그 성장속도가 다르지만 자녀를 가장 잘 아는 사람은 부모입니다. 발육상태가 좋지 못하다고 생각이 들면 무료 검사를 받을 수 있습니다. HMHB(왼쪽에 있는 전화번호 사용)으로 전화하여 가족 리소스 담당자에게 연락하십시오.

안전 정보

어린 아이들은 종종 넘어져 사고를 당합니다. 자녀를 안전한 놀이터로 데리고 가십시오. 패딩, 모래 혹은 목재 부스러기가 깔려 있는 놀이터(장난기구를 찾아 봅니다. 아이가 삼킬 수 있는 작은 장난감이 있는지를 살펴 보고, 아이가 노는 동안 가까이서 주시합니다.

카-시트에 앉아 있지 않으려고 할 수 있습니다. 이를 들어주면 앞으로도 계속해서 앉지 않겠다고 떼를 쓸 수 있으므로 무시하는 것이 좋습니다.

- 그래도 아이가 계속 떼를 쓰면 단호히 차량을 일단 정지시켜 카-시트에 버클하여 앉아 있을 때까지 차량을 움직이지 않습니다.
- 즐길 수 있는 부드러운 장난감, 그림책 등을 가져 가거나 음악을 틀어 줍니다.
- 자녀뿐 아니라 부모도 차량좌석벨트를 매어야 합니다.